

CONSEILS POUR LES EMPLOYEURS: CRÉER UN LIEU DE TRAVAIL SANS TABAC

1. Qu'est-ce que l'exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA)?

L'exposition à la fumée de tabac ambiante - que l'on appelle également «fumée de tabac secondaire» - est une importante cause supplémentaire de mortalité, de morbidité et d'incapacité dans l'Union européenne [1]. L'exposition professionnelle à la FTA désigne l'exposition sur le lieu de travail à la fumée de tabac des autres. Il peut s'agir aussi bien de la fumée des clients que de celle des collègues. Cependant, en Europe il est rare que les travailleurs soient exposés à la FTA des collègues, car la majorité des États membres de l'UE ont appliqué l'interdiction de fumer sur le lieu de travail. Le secteur de l'hôtellerie et de la restauration est, toutefois, une exception, étant donné que de nombreux États membres n'ont pas introduit une interdiction totale de fumer dans les restaurants, les bars, etc.

La FTA a été classée dans la catégorie des substances connues pour être cancérogènes chez l'homme par le Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS et est largement répertoriée comme agent cancérogène. Des académies des sciences et de médecine et des organismes gouvernementaux dans le monde entier conviennent des graves dangers pour la santé que représente la FTA [2]. En conséquence, toute personne a le droit d'être protégée contre cette exposition. Les femmes enceintes en particulier doivent être protégées afin de préserver leur futur bébé.

2. Incidences de l'exposition à la FTA sur la santé

La fumée de tabac ambiante contient une multitude de substances dangereuses qui vont des matières particulaires (particules fines) à des gaz et des vapeurs toxiques. Les nombreux produits chimiques présents dans la fumée de tabac comprennent la nicotine, des hydrocarbures aromatiques polycycliques, le benzène, le xylène, le styrène, l'acroléine, le dioxyde d'azote, le monoxyde de carbone et des centaines d'autres substances organiques. Les concentrations finales dans l'air dépendent du nombre de fumeurs, de la manière de fumer, du type de tabac et de la ventilation de la pièce [3]. La fumée de tabac constitue une source majeure de pollution intérieure par les matières particulaires, qui est connue pour endommager les voies respiratoires et le système cardiovasculaire [4]. La fumée de tabac contient dix fois plus de particules fines que celle émise par un moteur écodiesel tournant au ralenti [5].



2.1. Système respiratoire

Le rôle de la FTA dans la survenue des symptômes d'irritation aiguë des yeux, du nez, de la gorge et des voies respiratoires inférieures est bien établi [6]. La fumée de tabac secondaire peut engendrer une gêne à cause des mauvaises odeurs, ainsi qu'une irritation nasale, un essoufflement et de la toux [7, 8]. Elle peut aggraver les symptômes de bronchite et provoquer des crises d'asthme chez les personnes qui souffrent déjà d'asthme [6].

L'augmentation de l'absentéisme à cause des effets toxiques de la fumée du tabac n'est pas seulement observée chez les fumeurs: les fumeurs passifs s'absentent un jour de plus par an pour maladie en raison d'une affection respiratoire [9].

2.2. Maladies cardiovasculaires

Les données disponibles indiquent clairement une relation de cause à effet entre l'exposition à la FTA et les risques accrus de cardiopathie coronarienne et d'arrêt cardiaque aussi bien chez les hommes que chez les femmes [7, 8]. Le tabagisme passif augmente le risque de survenue d'une cardiopathie coronarienne aiguë de 25 à 35 % [10, 11]. Les effets cardiovasculaires d'une exposition passive au tabac, même brève (quelques minutes à quelques heures) peuvent être aussi importants (80 % à 90 %) que les effets du tabagisme actif chronique [11]. En effet, même une faible exposition à la fumée de tabac peut entraîner des changements dans le corps humain qui conduisent à ces maladies cardiaques et cardiovasculaires. Les données relatives à l'effet probable de la FTA sur les maladies des vaisseaux sanguins du cerveau sont de plus en plus nombreuses: l'exposition à la FTA peut entraîner une augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral allant jusqu'à 82 % [12].

2.3. Cancer

Plusieurs substances contenues dans la fumée de tabac peuvent provoquer le cancer [13]. La dose de ces substances étant plus faible chez les fumeurs passifs que chez les fumeurs actifs, le risque est moindre mais pas inexistant car il n'existe pas de seuil au-dessous duquel l'exposition aux substances cancérigènes serait sans danger. La preuve la plus évidente concerne le cancer du poumon: les fumeurs passifs sont 20 à 30 % plus susceptibles de développer un cancer du poumon [7, 10]. La relation de cause à effet est établie mais plus faible pour le cancer du sein et les cancers des sinus et du pharynx [7, 10, 14, 15]. Pour les autres cancers, les données actuelles sont divergentes et rares. Cependant, ceci ne doit pas entraîner une sous-estimation du danger: la FTA est indubitablement cancérigène pour l'homme [10, 13].

2.4. Effets sur la grossesse

La fumée de tabac ambiante est connue pour avoir divers effets indésirables sur l'enfant à naître. Parmi les nombreux effets graves de la FTA [17] figurent la réduction du poids de naissance [16] et l'augmentation du risque de naissance prématurée. Un retard de croissance du fœtus et une augmentation de la mortalité fœtale ont également été observés [18]. Chez les enfants, une exposition prénatale à la FTA est associée à des troubles des fonctions pulmonaires et à un risque accru de développer de l'asthme [19].

3. Substances cancérigènes dans la fumée latérale

De plus en plus de données démontrent que la FTA est presque aussi dangereuse que la fumée principale. La fumée de tabac ambiante est constituée de fumée principale exhalée et de fumée latérale émanant de la combustion du tabac. Bien que la fumée latérale de cigarette soit similaire à la fumée principale, les proportions de substances qu'elle contient sont différentes [20]. La fumée latérale contient également de nombreuses substances connues pour être cancérigènes chez l'homme: du benzène (connu pour provoquer la leucémie [21]), du cadmium, de la 2-naphtalèneamine (connue pour provoquer le cancer de la vessie [22]), du nickel, du chrome, de l'arsenic et du 4-aminobiphényle (connu pour provoquer le cancer de la vessie [23]) et d'autres produits goudronnés. Ces substances et d'autres substances cancérigènes telles que les nitrosamines spécifiques au tabac et les hydrocarbures aromatiques polycycliques sont produits au cours de la combustion incomplète des matières organiques du tabac (notamment les substances aromatisantes, les restes de pesticides et le papier à cigarette). Le potentiel cancérigène de la fumée latérale peut être plusieurs fois supérieur à celui de la fumée principale, quel que soit le type de cigarette [10]. Compte tenu de l'origine du développement du cancer, il n'existe pas de valeur au-dessous de laquelle les substances cancérigènes seraient sans danger: la moindre quantité peut induire un cancer. Il est impossible de prévoir les personnes chez lesquelles elle causera un cancer, mais plus les personnes sont exposées plus le risque augmente.

4. La FTA dans le secteur de l'hôtellerie, de la restauration et des collectivités

4.1. Existe-t-il un système de ventilation sûr pour créer une zone fumeurs désignée à l'intérieur d'un bâtiment?

Les ingénieurs s'accordent sur le fait qu'il n'existe pas de système de ventilation capable d'éliminer complètement la fumée [24]. Cela signifie que de la fumée s'échappe des espaces fumeurs intérieurs vers les espaces non-fumeurs et en contamine l'air. Il convient de noter que l'implantation des espaces fumeurs près des portes d'entrée, des fenêtres ou des prises d'air d'un immeuble n'évite pas l'exposition à la FTA à l'intérieur des locaux, du fait des courants d'air [25]. Par ailleurs, des espaces fumeurs séparés n'empêchent pas l'exposition des travailleurs. Le personnel doit travailler ou entrer dans ces espaces durant ses heures de travail et serait contraint de respirer l'air contaminé.

4.2. Quels effets a la FTA sur mes employés?

Selon les estimations, le tabagisme passif tuerait un travailleur de l'industrie de l'accueil par jour dans l'UE [24]. La FTA représente un risque supplémentaire évitable même pour les fumeurs. (Voir la rubrique ci-dessus relative aux effets sur la santé de l'exposition à la FTA).

4.3. Quel effet aurait une interdiction de fumer sur mes employés?

La qualité de l'air des locaux s'améliore après une interdiction de fumer. On observe une réduction importante du taux de particules fines mais aussi des polluants toxiques tels que le benzène, qui est un cancérigène avéré [25, 26, 27, 28]. Dans un lieu de travail non fumeur, les travailleurs ont une meilleure santé et jouissent d'un plus grand bien-être. On observe une réduction durable des symptômes suivants: yeux rouges, irritation nasale et maux de gorge. Les autres symptômes respiratoires (tels que la respiration sifflante, l'essoufflement, la toux et l'expectoration de mucus) diminuent également. La capacité respiratoire peut même augmenter [29, 30, 31, 32, 33].

La satisfaction au travail varie seulement de façon modérée. Les non-fumeurs sont en faveur de l'interdiction, alors que les fumeurs tendent à ne pas l'être [34]. Cependant, après l'introduction d'une politique d'interdiction de fumer, même ceux qui continuent à fumer bénéficient d'une réduction du risque.

4.4. Quel effet aura une interdiction de fumer sur mon activité?

Il existe des preuves solides selon lesquelles la législation anti-tabac n'a pas d'effets négatifs sur le secteur de la restauration. Plusieurs études qui comparent les chiffres avant et après la loi d'interdiction dans l'UE et aux États-Unis ont révélé que les recettes auraient même augmenté. Il n'y a pas eu de changements importants en matière d'emploi qui soient attribuables aux interdictions [24, 35, 36, 37].

Autoriser le tabac dans ses locaux, c'est s'exposer à différents risques. Il en résulte non seulement des coûts d'assurance incendie plus élevés et un entretien plus fréquent (par exemple, les peintures) [38], mais des employés sont susceptibles d'entamer une action en justice s'ils sont victimes de problèmes de santé dus à l'exposition à la FTA sur leur lieu de travail. Une décision de justice positive dans l'UE a reconnu qu'un cancer avait été provoqué pour une part importante par une exposition à la FTA de l'employé, même si le travailleur était fumeur [24, 39, 40]. De tels recours en responsabilité pourraient être évités à l'avenir par l'introduction d'une politique d'interdiction de fumer sur le lieu de travail.

5. Situation dans les lieux de travail européens

Dans l'UE, l'exposition à la FTA sur le lieu de travail n'est pas rare. En 2008, un cinquième des employés européens s'est dit avoir été quotidiennement exposé à de la FTA et 5 % d'entre eux ont déclaré passer plus de cinq heures par jour à travailler tout en étant exposés à la FTA [41]. 14 % des non-fumeurs dans l'UE sont quotidiennement exposés à la fumée secondaire.

Il existe toutefois de grandes différences entre les pays européens en ce qui concerne l'exposition à la FTA sur le lieu de travail (à l'exception du travail à domicile). En Grèce, 60 % des personnes interrogées lors d'un sondage ont annoncé être exposées à la FTA sur leur lieu de travail. Chypre, la Bulgarie et la Roumanie suivent au classement avec plus d'un tiers des personnes interrogées signalant une exposition à la FTA. En revanche, les plus faibles nombres de travailleurs exposés à la FTA sont relevés au Royaume-Uni, en Finlande et en Suède où environ 10 % des personnes interrogées ont rapporté une exposition à la FTA au travail [41].

Des corrélations peuvent être établies entre la fumée secondaire au travail et la fumée secondaire dans les foyers. Dans les pays où l'exposition à la FTA au travail est plus élevée, les personnes sont plus susceptibles de signaler une exposition à la FTA à leur domicile et vice versa [41].

Il est estimé que 25 % de tous les décès dus au cancer et 15 % de l'ensemble des décès dans l'UE pourraient être attribués au tabagisme [42]. Selon les estimations de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (UE-OSHA) basées sur les données de l'Organisation internationale du travail (OIT), plus de 11 000 travailleurs sont décédés en 2008 dans les 27 pays de l'UE en raison d'un cancer du poumon causé par une exposition à la FTA sur leur lieu de travail [43].

Malgré ces chiffres alarmants, il peut être souligné positivement que l'introduction de politiques d'interdiction de fumer en Europe a eu un impact sur l'amélioration des conditions de travail et a entraîné une baisse de l'exposition à la FTA et un recul de la morbidité associée [1]. Il est néanmoins important d'insister sur le fait qu'il n'existe pas de seuil au-dessous duquel l'exposition à la FTA serait sans danger, et que la protection de la santé de la main-d'œuvre de l'UE exige une interdiction générale de fumer dans tous les lieux de travail. La majorité des citoyens de l'UE approuvent l'interdiction de fumer: 84 % de la population de l'UE sont en faveur de restrictions du tabagisme sur le lieu de travail, 79 % approuvent les restrictions dans les restaurants et 65 % approuvent également les restrictions dans les bars et les discothèques [41]. Les restrictions du tabagisme reçoivent davantage d'appui de la part des non-fumeurs que des fumeurs, mais au moins huit fumeurs sur dix sont en faveur de restrictions du tabagisme dans les bureaux et autres lieux de travail intérieurs [44].

6. Aspects économiques du tabac au travail

Le tabagisme est coûteux - pas seulement pour ceux qui fument et mettent leur santé en danger. Des statistiques montrent que les fumeurs ont tendance à prendre plus de congés maladie de courte et longue durée que les non-fumeurs et les ex-fumeurs. De plus, les fumeurs sont moins productifs au travail lorsqu'ils font des pauses cigarette. Les risques d'incendie provoqués par les cigarettes et les dépenses supplémentaires de nettoyage et d'entretien s'ajoutent eux aussi au coût du tabac sur le lieu de travail [44]. En Écosse, des calculs ont estimé le coût du tabac sur le lieu de travail à 0,64 % du produit intérieur brut (PIB) national en 1997. En Irlande, l'estimation dépassait 1,0 % du PIB en 2000 [45]. Ces chiffres n'incluent pas les effets indésirables de l'exposition à la FTA sur la santé et la productivité des employés non-fumeurs.

En conséquence, il est conseillé aux employeurs d'interdire de fumer dans leurs locaux. De cette façon, ils améliorent non seulement l'environnement de leurs employés mais promeuvent également une bonne santé. Il y a aussi des avantages financiers à encourager les employés à arrêter de fumer et à mettre en place une interdiction totale de fumer.

Les avantages d'une interdiction de fumer sur les lieux de travail sont bien supérieurs aux coûts. Les programmes de sevrage tabagique sont relativement peu coûteux par rapport aux dommages causés par le tabagisme et l'exposition à la FTA. Sur le long terme, les programmes de sevrage tabagique mènent à un retour sur investissement positif [2].

7. Que peut-on faire?

Des études empiriques et les normes relatives à la qualité de l'air intérieur et à la ventilation ont établi que la ventilation n'élimine pas complètement les substances toxiques contenues dans la fumée de tabac de l'air dans les lieux de travail clos [2]. Les systèmes de ventilation n'offrent pas une protection adéquate contre la FTA. Il faut de plus souligner que certaines catégories d'employés, par exemple les agents de nettoyage, devront dans tous les cas entrer dans les espaces fumeurs clos et seront donc exposés à la FTA.

Cependant, le meilleur moyen pour les employeurs de soutenir et de protéger leurs employés est de mettre en place une politique anti-tabac polyvalente comportant:

- un programme de sevrage tabagique
- ainsi qu'une interdiction complète de fumer dans les locaux de l'entreprise.

Exemple de politique d'interdiction de fumer: sevrage tabagique et interdiction totale de fumer chez Niederegger

Niederegger est un célèbre fabricant allemand de pâte d'amandes: une entreprise familiale traditionnelle d'environ 500 employés.

L'interdiction totale de fumer a été planifiée par l'entreprise un an avant qu'elle n'entre réellement en vigueur. La première mesure que le responsable des ressources humaines (RH) a prise concernant ce sujet délicat a été de consulter les représentants du personnel et d'obtenir leur approbation pour l'instauration d'une usine sans tabac.

Après que la décision a été prise, tous les employés ont été impliqués et invités à donner leur avis sur le projet d'interdiction de fumer. Un débat a eu lieu au sujet des réglementations nouvellement planifiées. Le département des RH a proposé un compromis. Si la majorité des employés optait pour de longues pauses pendant la journée de travail leur permettant de quitter les locaux de l'entreprise pour fumer, la direction était prête à accepter. Mais les employés ont voté pour une interdiction totale de fumer tout en gardant leurs anciens horaires de travail sans pauses plus longues.

Le département des RH a contacté les institutions d'assurance maladie et les ont persuadées de soutenir le plan en mettant à disposition des programmes gratuits de soutien à la cessation tabagique. Ces programmes ont été proposés bien avant que l'interdiction de fumer ne soit en vigueur chez Niederegger et les employés ont été autorisés à participer à ces programmes pendant les heures de travail.

Les deux derniers jours avant l'entrée en vigueur de l'interdiction, le responsable des RH a tenu plusieurs consultations ouvertes. Dans le cadre de ces consultations, le responsable lui-même s'est rendu à la cantine de l'entreprise pour répondre aux questions des travailleurs. L'initiative a été grandement appréciée puisqu'environ 80 employés se sont entretenus avec le responsable des RH. À la suite de cette consultation, le responsable des RH a décidé de proposer des options spéciales aux employés inquiets à l'idée d'arrêter de fumer.

Par exemple, pendant une certaine période, les employés ont été autorisés à se rendre à la cantine pour prendre une boisson ou un en-cas, lorsqu'ils étaient pris d'une envie irrésistible de fumer.

Une enquête sur la satisfaction des employés réalisée peu de temps après la mise en œuvre de l'interdiction de fumer a révélé des résultats surprenants. Par rapport à d'autres entreprises participant à l'enquête, Niederegger a obtenu un score relativement élevé sur l'échelle de satisfaction malgré la mise en œuvre récente de l'interdiction totale de fumer. Les employés étaient satisfaits des nouvelles réglementations.

L'entreprise a également noté d'autres avantages de l'interdiction. Le premier automne après la mise en place du programme et tous les automnes suivants, les arrêts maladie ont diminué par rapport aux années précédant l'interdiction totale de fumer. L'hypothèse suivante peut être avancée pour expliquer cette diminution sensible: de nombreux employés auraient pu attraper un rhume en quittant les locaux de l'entreprise pour fumer une cigarette, or comme désormais ils ne fument plus durant leurs heures de travail, ce risque a été éliminé.



Annonce de l'interdiction de fumer de Niederegger

7.1. Premier pas: encourager et aider les employés à arrêter de fumer

Encourager les fumeurs à arrêter de fumer est un sujet délicat. Il est important de ne pas blâmer les fumeurs. Une meilleure façon d'aborder ce sujet est de mettre l'accent sur les dommages que peut causer le tabagisme et d'inciter positivement les fumeurs à arrêter de fumer, en soulignant les avantages d'une vie sans tabac.

Bien entendu, la plupart des fumeurs connaissent déjà les effets nocifs que le tabagisme peut entraîner et les avantages d'une vie saine et sans tabac. Il est important d'adopter une approche sensible tout en faisant passer ces messages et de proposer une aide supplémentaire à ceux qui désirent réellement arrêter de fumer. Il



existe différents programmes de sevrage tabagique, dont beaucoup sont financés par les compagnies d'assurance ou les services de santé publics. Il est toutefois utile de demander une faible contribution financière aux fumeurs, afin d'accroître leur engagement et l'importance qu'ils accordent aux cours qui leur sont proposés. Afin d'encourager leur participation, les travailleurs pourraient être autorisés à assister aux cours de sevrage tabagique durant leurs heures de travail.

7.2. Second pas: mettre en place une interdiction complète du tabac

Malgré les réserves de nombreux employeurs, lorsque l'on applique certaines recommandations, l'interdiction de fumer est généralement respectée et les non-fumeurs comme les fumeurs approuvent le plus souvent ce type de mesures [42].

De nombreuses entreprises ont mis en place avec succès des politiques d'interdiction de fumer ces dernières années. Certains des enseignements qu'elles ont tirés sont indiqués ci-après [45, 46].

- Il est utile de mettre en place un comité qui veille à l'application des mesures et assure une introduction en douceur de l'interdiction de fumer:
 - il est essentiel d'impliquer autant que possible les employés dans le processus de mise en place et d'obtenir la pleine participation et l'appui des représentants du personnel;
 - comme pour toutes les mesures de santé au travail, l'engagement total et l'appui des dirigeants de l'entreprise sont essentiels et doivent être démontrés par la participation de la haute direction au comité;
 - la planification à long terme et l'information préalable concernant l'intention d'appliquer une interdiction de fumer sont indispensables pour permettre aux employés de se préparer au changement et de s'adapter aux nouvelles règles; plusieurs mois de préparation sont nécessaires à cette mise en place.
- Au regard des effets néfastes pour la santé d'une exposition à la FTA, le droit de chacun à travailler dans un environnement sans fumée de tabac doit être mis en avant; la diffusion d'informations à tous les membres du personnel sur les dommages que le tabagisme et l'exposition à la FTA peuvent causer à leur santé est un préalable essentiel pour faire respecter la politique d'interdiction de fumer.
- Les nouvelles règles peuvent être affirmées à travers la rédaction et la distribution d'une charte écrite qui doit comprendre des indications claires concernant:
 - le but des mesures appliquées;
 - un calendrier montrant les différents stades du processus permettant d'atteindre l'objectif d'une entreprise sans tabac;
 - les conséquences en cas de non-application de l'interdiction de fumer;

- les personnes-relais qui pourront répondre à toutes les questions portant sur les mesures.
- Il est essentiel de soutenir tous les fumeurs en mettant à disposition des programmes gratuits de soutien à la cessation tabagique et en leur offrant la possibilité d'entretiens réguliers.
- Fournir des formations et des informations générales aux managers et aux responsables ainsi qu'aux représentants du personnel leur permet d'apporter leur soutien aux employés en cas de problème.
- À partir du moment où l'interdiction a été mise en place, il est important de n'autoriser aucune exception dans les locaux de l'entreprise. Les politiques d'interdiction de fumer doivent s'appliquer à l'ensemble du personnel!
- Les éventuelles conséquences que peut avoir l'interdiction de fumer doivent être prises en considération; par exemple, le risque accru d'incendie causé par des personnes qui tenteraient de fumer en cachette.

8. Conclusions

Les effets néfastes du tabagisme sur la santé sont bien connus. Il est toutefois capital de mettre en avant les effets que la FTA peut également avoir sur les employés: les fumeurs comme les non-fumeurs. Les employeurs sont bien placés pour protéger leurs employés contre l'exposition à la FTA et pour les encourager à vivre plus sainement et à arrêter de fumer.

Le meilleur moyen est de mettre en place une politique d'interdiction générale de fumer. La première étape de cette politique devrait consister à encourager les employés à arrêter de fumer et proposer une aide à travers des cours de sevrage tabagique. La deuxième étape est la mise en œuvre prudente d'une interdiction totale de fumer dans tous les locaux de l'entreprise. Des exemples issus d'entreprises ayant appliqué l'interdiction de fumer montrent que l'expérience s'est avérée tout à fait positive et que, de façon générale, les employés accueillent favorablement et approuvent une telle approche.

9. Pour de plus amples informations:

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, Prévention des effets néfastes de la fumée de tabac sur le lieu de travail:

<http://osha.europa.eu/fr/topics/whp>

10. Références

- [1] Parlement européen (2010). Résolution du Parlement européen du 26 novembre 2009 sur les environnements sans tabac, P7_TA(2009)0100. Consulté le 22 juillet 2011: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P7-TA-2009-0100&language=FR&ring=B7-2009-0164>
- [2] Colman, R., Wilson, J. & Rainer, R. (2003). *The economic impact of smoke free workplaces: An assessment for Newfoundland and Labrador*. Consulté le 22 juillet 2011: <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/tobacco/smoke-free-nf.pdf>
- [3] Samet, J.M., Neta, G.I. & Wang, S.S., 'Exposure to second-hand smoke', *Environmental toxicants: human exposures and their health effects*, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, 2009, pp. 705-709.
- [4] Lippmann, M., 'Ambient air particulate matter', *Environmental toxicants: human exposures and their health effects*, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, 2009, pp. 317-365.
- [5] Invernizzi, G., Ruprecht, A., Mazza, R., Rossetti, E., Sasco, A., Nardini, S. & Boffi, R., 'Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an educational perspective', *Tobacco Control*, septembre 2004, pp. 219 - 221.
- [6] Jaakkola, J.J. & Jaakkola, M.S., 'Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of adults', *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2002, pp. 52-70.

- [7] US Department of Health and Human Services, *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*, U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, 2006. Consulté le 22 juillet 2011: <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>
- [8] British Medical Association, *Towards smoke-free public places, 2002*: <http://www.bma.org.uk/images/smokefree/tcm41-191297.pdf>
- [9] White, J.R., Froeb, H.F. & Kulik, J.A., 'Respiratory illness in nonsmokers chronically exposed to tobacco smoke in the work place', *Chest*, 1991, pp. 39-43.
- [10] Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS, 'Tobacco smoke and involuntary smoking', IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, Vol 83, Lyon, 2004: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/mono83.pdf>
- [11] Barnoya J. & Glantz, S. A., 'Cardiovascular Effects of Second hand Smoke: Nearly as Large as Smoking', *Circulation*, 2005, pp. 2684-2698.
- [12] Bonita, R. & Duncan, J., 'Passive smoking as well as active smoking increase the risk of stroke', *Tobacco Control*, 1999, pp. 156-160.
- [13] Husgafvel-Pursiainen, K., 'Genotoxicity of environmental tobacco smoke: a review', *Mutation Research/Reviews*, 2004, pp. 427-445.
- [14] Xue, F., Willett, W.C., Rosner, B.A., Hankinson, S.E. & Michels, K.B., 'Cigarette Smoking and the Incidence of Breast Cancer', *Archives of Internal Medicine*, 2011, pp. 125-133.
- [15] Benninger, M.S., 'The impact of cigarette smoking and environmental tobacco smoke on nasal and sinus disease: a review of the literature', *American Journal of Rhinology*, 1999, pp. 435-438.
- [16] Salmasi, G., Grady, R., Jones, J. & McDonald, S.D., 'Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses. Knowledge Synthesis Group', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2010, pp. 423-41.
- [17] Kharrazi, M., DeLorenze, G.N., Kaufman, F.L., Eskenazi, B., Bernert, J.T. Jr, Graham, Pearl, M. & Pirkle J., 'Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome', *Epidemiology*, 2004, pp. 660-670.
- [18] Lindbohm, M.-L., Sallmén, M. & Taskinen, H., 'Effects of exposure to environmental tobacco smoke on reproductive health', *Scandinavian Journal on Work Environment and Health*, 2002, suppl 2, pp. 84-96.
- [19] Janson, C., 'The effect of passive smoking on respiratory health in children and adults', *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2004, pp. 510-516.
- [20] Kardos, K., 'A dohányfüst kémiai összetétele', *Dohányzás és leszokás*, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2010, pp. 108-130.
- [21] Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS, 'Overall Evaluations of Carcinogenicity: An Updating of IARC Monographs Volumes 1 to 42 - Benzene', IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, Supplement 7, Lyon, 1987: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/suppl7/Suppl7-24.pdf>
- [22] Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS, 'Some Aromatic Amines, Organic Dyes, and Related Exposures - 2-Naphthylamine', IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, Volume 99, Lyon, 2010: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol99/mono99-14.pdf>
- [23] Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS, 'Some Aromatic Amines, Organic Dyes, and Related Exposures - 4-aminobiphenyl', IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, Volume 99, Lyon, 2010: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol99/mono99-8.pdf>
- [24] Smoke Free Partnership, *Lifting the smokescreen -10 reasons for a smoke free Europe*, European Respiratory Society Brussels Office, 2006: http://dev.ersnet.org/uploads/Document/46/WEB_CHEMIN_1554_1173100608.pdf
- [25] McNabola, A. & Gill L.W., 'The Control of Environmental Tobacco Smoke: A Policy Review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2009, pp. 741-758.

- [26] Semple, S., Creely, K.S., Naji, A., Miller, B.G. & Ayres, J.G., 'Secondhand smoke levels in Scottish pubs: the effect of smoke-free legislation', *Tobacco Control*, 2007, pp. 127-132.
- [27] Goodman, P. G., McCaffrey, M., McLaughlin, J. & Kelleher, K., 'Air Quality in Dublin Pubs before and after the Introduction of the Workplace Smoking Ban in Ireland', *Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2007, pp. 91-99.
- [28] Heloma, A. & Jaakkola, M.S., 'Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free workplace law', *Addiction*, 2003, pp. 1111-1117.
- [29] Ayres, J.G., Semple, S., MacCalman, L., Dempsey, S., Hilton, S., Hurley, J.F., Miller, B.G., Naji, A. & Petticrew, M., 'Bar workers' health and environmental tobacco smoke exposure (BHETSE): symptomatic improvement in bar staff following smoke-free legislation in Scotland', *Occupational and Environmental Medicine*, 2009, pp. 339-346.
- [30] Skogstad, M., Kjærheim, K., Fladseth, G., Gjølstad, M., Daae, H.L., Olsen, R., Molander, P. & Ellingsen, D.G., 'Cross shift changes in lung function among bar and restaurant workers before and after implementation of a smoking ban', *Occupational and Environmental Medicine*, 2006, pp. 482-487.
- [31] Eisner, M.D., Smith, A.K. & Blanc, P.D., 'Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns', *Journal of American Medical Association*, 1998, pp. 1909-1914.
- [32] Allwright, S., Paul, G., Greiner, B., Mullally, B.J., Pursell, L., Kelly, A., Bonner, B., D'Eath, M., McConnell, B., McLaughlin, J.P., O'Donovan, D., O'kane, E. & Perry, I.J., 'Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study', *British Medical Journal*, 2005, pp. 1117-1120.
- [33] Larsson, M., Boëthius, G., Axelsson, S. & Montgomery, S.M., 'Exposure to environmental tobacco smoke and health effects among hospitality workers in Sweden — before and after the implementation of a smoke-free law', *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2008, pp. 267-277.
- [34] Hetland, J., Hetland, H., Mykletun, R.J., Aarø, L.E. & Matthesen, S.B., 'Employees' job satisfaction after the introduction of a total smoke-ban in bars and restaurants in Norway', *Health Promotion International*, 2008, pp. 302-310.
- [35] Tramacere, I., Gallus, S., Fernandez, E., Zuccaro, P., Colombo, P. & La Vecchia, C., 'Medium-term effects of Italian smoke-free legislation: findings from four annual population-based surveys', *Journal of Epidemiology Community and Health*, 2009, pp. 559-562.
- [36] Scollo, M., Lal, A., Hyland, A., Glantz, S., 'Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry', *Tobacco Control*, 2003, pp. 13-20.
- [37] Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, A dohányzás törvényi szabályozása az Európai Unió tagországában és a dohányzás korlátozására irányuló törvények hatásai, Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, Budapest, 2011: http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2011/dohanyzas_korlatozas_hatasok.pdf
- [38] Behan, D.F., Eriksen, M.P. & Lin, Y., *Economic Effects of Environmental Tobacco Smoke*, Society of Actuaries, Illinois, 2005: <http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft%28Final%203%29.pdf>
- [39] Sweda, E.L., 'Lawsuits and secondhand smoke', *Tobacco Control*, 2004, pp. i61-i66.
- [40] Zellers, L., Thomas, M.A. & Ashe, M., 'Legal risks to employers who allow smoking in the workplace', *American Journal of Public Health*, 2007, 1376-1382.
- [41] Commission européenne (2009). *Survey on Tobacco. Analytical Report*. Sondage réalisé par Gallup Organisation. Consulté le 22 juillet 2011: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb_253_en.pdf
- [42] «L'attitude des Européens à l'égard du tabac», *Eurobaromètre Spécial*, n° 239, Commission européenne, 2006. Consulté le 22 juillet 2011: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/ebs272c_fr.pdf
- [43] Takala, J., Global Indicators on Evaluation of OSH, *XIX World Congress of Safety and Health at Work: proceedings*, Istanbul, 2011, p. 170: <http://www.safety2011turkey.org/>
- [44] Commission Européenne, Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, LIVRE VERT: *Vers une Europe sans fumée de tabac: les options*

stratégiques au niveau de l'Union européenne, Commission des Communautés européennes, 2007:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_fr.pdf

- [45] Organisation mondiale de la santé (2002). *Smoke-free workplaces at a glance*. Consulté le 22 juillet 2011: <http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/TFI/smoke-free+workplaces.pdf>
- [46] ENSP - Réseau européen pour la prévention du tabagisme, *Smoke free workplaces. Optimising organisational and employee performance*. Recommandations stratégiques, ENSP, Bruxelles, 2003.